Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja: Rynek główny Nr. 45

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 2 Carrefour de la Croix rouge, wynosi za wiérsz drobny (petit) lub jego miejsce po 5 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Poznaniu* księgarnia p. M. Leitgebra i spółki, w *Paryżu* p. Adam, 2, Carrefour de la Croix rouge.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	18 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	9 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4½ „	6 „

Kraków, 6 grudnia 1879. № 49. Rok XVIII.

II. Sprawozdanie z kliniki lekarskiéj krakowskiéj z lat czterech (tj. od roku szkolnego 1874/5 do r. sz. 1878/9).

II.

Choroby narządu oddechowego.

II. Rozedma płuc (*Emphysema pulmonum*).

Opracował Dr. St. Smoleński.

Oznaczenie względnéj częstości téj choroby, według ilości przypadków postrzeganych i leczonych w klinikach i szpitalach, bardzo małą tylko może miéć wartość statystyczną.

Nasamprzód bowiem rozedma płuc jest częstokroć chorobą następową, a więc pewna część chorych dotkniętych takową musi być w wykazach klinicznych umieszczoną w rubrykach odpowiadających chorobom pierwotnym i głównym; powtóre choroba ta, o ile w późniejszych swych okresach jest jedną z najdolegliwszych, o tyle w wcześniejszych pozwala chorym dziesiątki nieraz lat względném cieszyć się zdrowiem, czém tłumaczy się bardzo późne stósunkowo zgłaszanie się do szpitalów chorych rozedmą płuc dotkniętych; wreszcie ilość chorych zależy w części od możności pomieszczenia w szpitalu wszystkich chorych, z rozedmą płuc zgłaszających się. Gdy się tego nie uwzględni, łatwo popaść w błąd, że się na podstawie wykazów szpitalnych procent chorobowości oznaczy za niski, śmiertelności za wysoki.

Liczba przypadków rozedmy płuc wynosiła w klinice stałéj 36 (23 mężczyzn, 13 kobiet), co stanowi 5·8% wszystkich chorych, 18·2% chorób narządu oddechowego, śmiertelność zaś 12·1%.

Daleko lepsze wyobrażenie o częstości rozedmy płuc nabrać można z kliniki ruchoméj, lubo i tu namienić wypada, że chorzy zgłaszali się zazwyczaj dopiero wtedy, gdy rozedma płucowa sprawiała im już znaczniejsze dolegliwości. Z tego powodu, jak niemniéj dla daleko większéj ilości przypadków, jaką rozporządza klinika ruchoma, wnioski o stósunkach ajtyjologicznych ogólnych oparto na materyjale kliniki ruchoméj:

Z pośród 4364 chorych okazywało rozedmę płucową 446 czyli 10·2% wszystkich chorych, a 35·6% przypadków z chorobami narządu oddechowego. Liczba ta jest bardzo znaczną i w porównaniu z poliklinikami innych uniwersytetów wykazuje wymownie, jak bardzo często przydarza się u nas rozedma płucowa *). Liczba mężczyzn wynosiła 329 (73·70%), kobiet zaś 117 (36·3%), co w odniesieniu do ogólnéj liczby mężczyzn, która jak poprzednio wspomniano, wynosi 60% chorych przychodnich, wykazuje dobitnie, że płeć męzka daleko częściéj podlega téj chorobie, aniżeli płeć żeńska. Zależy to bezsprzecznie od warunków zewnętrznych zatrudnienia i sposobu życia, który w naszych klasach pracujących wykazuje tyle uchybień higijenicznych.

Odnośnie do ogólnéj liczby chorych z rozedmą płucową, chorzy od 10—20 roku życia stanowili 1·6%, od 20 do 30 r. ż. 12·1%, od 30—40 r. ż. 16·1%, od 40—50 r. ż. 29·1%, od 50—60 r. z. 30%, od 60—70 r. 11·6%, od 70 do 80 r. ż. 1·6%; — z czego wynika, że najwięcéj chorych zgłaszało się między 40 a 60 rokiem życia (prawie 57%), lubo i wiek męzki od 20—40 r. ż., dostarczył również dość znacznéj liczby (przeszło 28%) rozwiniętych przypadków rozedmy. W klinice stałéj wiek najmłodszy wynosił 25, najpóźniejszy 77 lat.

Chorzy z rozedmą płucową zgłaszali się do ambulatoryjum klinicznego najliczniéj w maju i listopadzie, najmniéj liczono w grudniu; z czego tylko wnosić można o częstości pogarszania się nieżytu oskrzelowego, najczęściéj chorym tym dokuczającego, osobliwie jeżeli się uwzględni, że chorzy z wybitnym nieżytem oskrzelowym stanowili 84·3%, bez wybitnego nieżytu 7·8% wszystkich chorych.

*) W oddz. chorób wewn. Szpitala św. Łazarza od r. 1871 — 1875 liczba chorych dotkniętych rozedmą płucową wynosiła 367, co stanowi 5·6% wszystkich chorych, a 29·4% chorób narządu oddechowego. Śmiertelność wynosiła 24%, co świadczy, w jak póżnym okresie choroby przyjmowano chorych do szpitala.

Dr. Korczyński.

Co do zatrudnienia: przeważna część chorych należała do stanu roboczego, (służący, stróże nocni, woźni itp.). Mylném jednak byłoby wyciągać ztąd wnioski o (niewątpliwym zresztą) wpływie sposobu życia i zatrudnienia na powstawanie rozedmy płuc, gdyż przeważna liczba wszystkich chorych w klinice do stanu roboczego należy.

Co do przyczyn bezpośrednich (*causa proxima*) powstawania rozedmy płuc, to zwracano zawsze uwagę na rodzaj rozedmy, tj. czy była tylko zastępczą (*emphysema vicarium*), czy samoistną (*emph. essentionale*), lub nareszcie schyłkową (*emph. senile*).

Przypadków do rozedmy zastępczéj należących na tém miejscu nie uwzględniamy, gdyż umieściliśmy takowe w rubrykach chorób pierwotnych. Zauważyliśmy ją najczęściéj w zapaleniu płuc interstycyjalném i w suchotach płucowych z przebiegiem przewlekłym.

Rozedma samoistna częstokroć powstaje zrazu jako t. z. zastępcza, a następnie już i po usunięciu pierwotnéj przyczyny jako rozedma samoistna rozwija się i postępuje. Dość liczne mamy np. zanotowane przypadki rozedmy, w których chorzy przed laty przebyli zapalenie płuc dławcowe lub zapalenie opłucny, i odtąd nigdy już nie pozbyli się duszności i kaszlu, mimo że pierwotnych chorób znikły wszelkie ślady. Przytoczymy jeden z licznych przykładów:

J. W., l. 40, stróż kamieniczny. Przed 5 laty „po przeziębieniu się" przebył w klinice zapalenie płuc dławcowe, (chorował wówczas 5 tygodni); od tego czasu uczuwa wzmagającą się duszność i kaszle. Przed 6 dniami dreszcz, gorączka, ból głowy, kaszel dokuczliwy; badanie wykazuje rozedmę płuc dość znacznego stopnia, prócz tego liczne rzężenia i furczenia nieżytowe. Rozpoznano: *Bronchitis exacerbans in individuo emphysematico.*

O takimże przypadku wspomina Hertz (*Ziemssens Handb.* V. 347). Można tu przypuścić, że zapalenie dławcowe pozostawia niekiedy pewne zmiany w utkaniu pęcherzyków, skutkiem czego miąższ płucny nie zdoła już stawić dostatecznego oporu wewnętrznemu uciskowi powietrza.

Najczęściéj rozwijała się rozedma płuc z przewłocznego nieżytu oskrzelowego, przeważna bowiem część chorych podaje, że przed laty kilku (a nawet kilkunastu lub kilkudziesięciu) choroba rozpoczęła się od kaszlu, a dopiero po pewnym czasie przystąpiła duszność i dalsze następstwa rozedmy. Możnaby przypuścić, że długotrwały nieżyt oskrzelowy wywołuje drogą wprost mechaniczną rozedmę płucową, zgodnie z najstarszą teoryją Laenneca (teoryja wdechowa), bronioną przez Biermera (*Lehrb. der respir. Therapie* 1872, str. 479—skutkiem zwężenia oskrzelików, utrudniającego zwłaszcza wydech). Inni powstawanie rozedmy skutkiem nieżytu oskrzelowego tłumaczą nie mechanicznemi zawadami w oskrzelach, lecz następstwami nieżytu (kaszel, napady astmatyczne, krztusiec, teoryja wydechowa, Jenner, Mendelsohn, Ziemssen). Które z tych tłumaczeń jest więcéj uprawnionem, trudno orzec na podstawie obserwacyj klinicznych, gdzie już z rozedmą w późniejszych okresach mamy zazwyczaj do czynienia. W ogóle wszystkie teoryje chcące jednostronnie tłumaczyć (np. tylko mechanicznie) powstawanie rozedmy płuc, są niewystarczające. Również jednostronném jest tłumaczenie Villemina (*Arch. gén. 6· Série VIII. p. 571. Nov. 1866* i *Journ. d'Anat. et de la Physiol. V. p. 505. Sept. et Oct. 1866*), według którego rozedma pł. ma być następstwem jedynie zmian odżywczych w płucach (przewlekłego zapalenia ścian pęcherzyków płucnych z następowém tychże zwyrodnieniem), — J. Langego (*Ueb. d. substant. Lungenemphysem etc. Dresden* 1870), który powstawanie rozedmy pł. tłumaczy porażeniem nerwów oskrzelowych, jak niemniéj Bayera (*Arch. d. Heilk.* XI, 362), że rozedma płuc nastaje skutkiem zmian w krążeniu w zakresie tętnicy płucnéj. Ostatnie tłumaczenie możnaby tylko zastósować do rozedmy wiekowéj; w ogóle zaś powiedzieć można, że rozedma pł. jest następstwem pewnéj sumy tak mechanicznych jako i odżywczych czynników, między któremi jużto jedne jużto drugie mogą przeważać.

Przykładów dla rozedmy pł. dziedzicznéj (Johnson, *Brit. med. Journ. June* 27. 1868 p. 628) ani téż dla rozedmy powstałéj jedynie skutkiem pierwotnéj zmiany odżywczéj w chrząstkach żebrowych (Freund, *der Zusammenhang gewisser Lungenkrankh. mit primären Rippenknorpelanomalieen. Erlangen* 1859) w naszych przypadkach nie było, podczas gdy w 3 przyp. (1 w klin. stałéj a 2 w ruchoméj) rozedma była niewątpliwie następstwem dusznicy (*asthma bronchiale*).

Z objawów, kaszel postrzegano we wszystkich przypadkach w mniejszém lub większém natężeniu. W przypadkach, w których rozedma rozwinęła się skutkiem długotrwałego nieżytu oskrzelowego, możnaby kaszel uważać nie jako objaw rozedmy pł., lecz wraz z nieżytem oskrzelowym jako chorobę samodzielną — współrzędną. Że jednak i w tych przypadkach rozedma pł. przez same zmiany anatomiczne, jakie w płucach wywołuje, nieżyt oskrzelowy — a więc i kaszel — już istniejący potęgować musi; — tudzież ponieważ w niektórych przypadkach (rzadkich zresztą) rozedma pł. powstać może bez poprzedzającego nieżytu oskrzelowego, który dopiéro późniéj jako następstwo rozedmy się rozwija: — przeto tak nieżyt oskrzelowy jak i kaszel jako objawy rozedmy pł. słusznie uważać można.

Plwociny, odpowiadające w zupełności plwocinom w przewlekłym nieżycie oskrzelowym, były w przeważnéj liczbie przypadków śluzowo-ropne, — jużto więcéj płynne jużto w bryłkach (*sputa cocta*). Drobnowidowo wykazać było można ciałka krwi białe obok przybłonka płaskiego, jużto dobrze zachowanego, jużto wstecznie przeobrażonego. Inne składniki pojawiały się rzadziéj, lub były domieszką przypadkową: tu należy krew w plwocinach, w kilku naszych przypadkach postrzegana. Krew pojawiała się w prążkach i kropelkach, niekiedy zaś dość dokładnie z resztą plwocin zmięszana; pochodziła najprawdopodobniéj z przepełnionych naczyń włosowatych błony śluzowéj oskrzeli. O krwawéj plwocinie w rozedmie pł. wspominają również Greenhow (*Schm. Jahrb. CLXIII* p. 177), Hauff (tamże p. 2·9) Johnson (*Brit. med. Journ. June 2. 1868*) i i.

U jednego z chorych, J. B., l. 58, dotkniętego wyższego stopnia rozedmą, znajdowały się w plwocinach obok prążków krwawych maleńkie grudki, pod drobnowidem przedstawiające się jako konglomeraty ciałek podobnych do białych ciałek krwi. Każdy z tych konglomeratów składał się z kilku dośrodkowo ułożonych pierścieni, przez owe ciałka utworzonych. — Sekcyja wykazała śród miąższu płucowego w dolnéj części płuc liczne drzewkowate wyrostki wapienne; błona śluzowa oskrzeli przekrwiona, pofałdowana. Badanie chemiczne wykazało: węglan wapniowy w tkance włóknistéj złożony, obok barwika w większéj ilości nagromadzonego.

Objawem prawie stałym, zwłaszcza w przypadkach rozedmy późniejszéj, była duszność (któréj przyrody wydechowéj dowiedli Biermer i Waldenburg). W kilku przy

padkach — o ile polegać można na wywiadach, — duszność stanowiła pierwszy objaw rozedmy (przed pojawieniem się kaszlu), co Villemin *(Arch. gén. 6. Sér. VIII. p. 579)* tłumaczy pierwotnym rozrostem jąder między naczyniami włosowatemi i następowym uciskiem na też naczynia. W przypadkach późniejszéj rozedmy duszność tłumaczy się prócz tego zmniejszeniem powierzchni oddechowéj i zmniejszoną sprężystością pęcherzyków płucnych, przez co skutkiem niedostatecznego wydechu również i podczas wdechu niedostateczna ilość powietrza dostaje się do pęcherzyków; nareszcie jest tu ważnym czynnikiem zmniejszenie ilości krwi przez płuca przepływającéj. Ostatecznie powstawanie duszności redukuje się albo do przepełnienia krwi kwasem węglowym albo do braku tlenu. W tłumaczeniu tego objawu ważne są najnowsze doświadczenia Konrada Möllera *(Zeitsch. f. Biologie* XIV. 542), wykonywane w przyrządzie Pettenkoffera na chorych dotkniętych chorobami, które zmniejszają powierzchnię oddechową, jak rozedma, suchoty, wypociny opłucnowe. Z doświadczeń tych wynika, że do pewnego okresu chorzy przyjmują równą ilość O i wydalają równą ilość CO_2 jak w stanie prawidłowym, co nastać może tylko skutkiem przyspieszenia i większéj głębokości ruchów oddechowych, wzmożenia się czynności serca i rozszerzania się naczyń krwionośnych w płucach. Wyrównanie to trwa jednak tylko do pewnego czasu.

(Dokończenie nastąpi.)

II. Dwa przypadki tracheotomii w dyfteryi.

Podał Dr. **Pieniążek**,
Docent Uniwersytetu Jagiellońskiego.

(Dokończenie. Patrz Nr. 48.)

Podnieść tu jeszcze winienem powstanie asfiksyi u naszego pacyjenta, przeciw któréj na razie skutecznie wystąpić byłem w stanie; przyczyną takowéj były oderwane i w kłębek zwinięte błony wrzekome, które światło tchawicy i kaniuli zatkały, po sztucznem usunięciu téj przeszkody oddech jednak nie wrócił, gdyż dłuższy brak tlenu sprowadził był już porażenie ośrodków oddechowych, skutkiem tegoż braku zaczynał już słabnąć ruch serca i byłby niezawodnie mimo usunięcia przeszkody oddychania wkrótce ustał. Temu zapobiedz było zadaniem sztucznego oddychania, które też przez całą godzinę przeszło prowadzone, mimo trwania porażenia ośrodków oddechowych, nie dopuszczało braku tlenu i nagromadzenia się kwasu węglowego we krwi i w tkaninach. Odbywało się tu to samo, co w pracowniach patologii doświadczalnéj, gdzie zwierzę otrute kurarą, która sprowadza porażenie mięśni oddechowych, zostaje utrzymane przy życiu przez sztuczną wentylacyję płuc, przez którą niedopuszczamy braku kwasorodu i serce bić nie przestaje, a przy długiém przeciągnięciu się doświadczenia w miarę eliminacyi (drogą moczu) kurary z organizmu, zaczyna porażenie mięśni wdechowych ustępować i samoistny oddech się pojawia. Podobnież było i w naszym przypadku; po całogodzinnéj wentylacyi płuc, ośrodki oddechowe dostając już krwi zawierającéj tlen, zaczęły powoli ocucać się ze stanu porażenia, w który były popadły, czułość ich zaczęła wracać i gdym po kilku poprzednich nieudanych próbach zawiesił sztuczne odychanie, to po chwili w miarę zużycia tlenu krwi powstawał wdech, który nową ilość kwasorodu do krwi doprowadzał. Dlaczego jednak nie powstał tu oddech regularny, dlaczego po kilku zaledwie oddechach nastała dłuższa pauza, po któréj znowu krótki okres oddechów wystąpił? Zdaje się, że ośrodki odruchów oddechowych nie ocuciły się zrazu, lecz wprzódy ośrodki czucia dowolnéj czynności mięśni wdechowych powróciły do życia, zatém pauza powstała w sztucznem oddychaniu nie wywołała wkrótce przy miernem jeszcze zużyciu tlenu wdechu odruchowego, jak to bywa w stanie prawidłowym, ale dopiero późniéj, po zużyciu tlenu tak znacznem, że się uczuciem duszności objawiło i w ten sposób przez czucie za pomocą woli wdech więcéj dowolny, równie jak i cały następny szereg wdechów wywołało. W skutek tego krew zawierała już dosyć tlenu, uczucie duszności znikło, wola ledwie rozbudzona w miarę usunięcia wywołującego ją bodźca ustąpiła miejsca snowi nastającemu w skutek znużenia i znowu wystąpiła pauza tak długo trwająca, aż przez zużycie nagromadzonego zasobu kwasorodu nowe uczucie duszności i nowe zbudzenie ośrodków dowolnych ruchów wystąpiło. W ten sposób można tylko objaw respiracyjny Stokesa w naszym przypadku wytłumaczyć. Tłumaczenie to wydaje mi się tém prawdopodobniejszém, gdy sobie przypomnę innych chorych z tym objawem, a zwłaszcza jednego, u którego miałem sposobność bardzo dokładnéj obserwacyi rozwoju tego zjawiska. W dzień chory przestawał oddychać, aż po długiéj pauzie czuł silny brak powietrza, który coraz silniejszemi potém znów słabnącemi wdechami z stękaniem i narzekaniem na uczucie duszności pokonywał, pokonawszy je jednak i nie czując duszności przestawał oddychać, aż znowu wystąpienie duszności do oddechu go zniewalało; nie był to oddech automatyczny, lecz tylko występował dowolnie, uczuciem duszności wywołany przez ciągłe nawoływanie do oddechu, a więc niedopuszczenie pauzy, oddech pozostawał jednostajnym. W nocy gorzéj było, chory bowiem nawoływany przez czas jakiś do oddechu wkrótce się nużył, przestawał oddychać i zasypiał, za chwilę jednak budziła go ze snu gwałtowna duszność, która znów szereg wzmagających się co do siły, a po powstaniu duszności słabnących powoli oddechów wywoływała. Coś podobnego więc przypuścić muszę u naszego małego pacyjenta, który odurzony przebytą asfiksyją budził się nieco ze snu pod wpływem duszności, aby zaczerpnąć powietrza, które usunąwszy duszność pozwalało mu spać daléj na chwilę.

Przypuszczam tu zatém, że ośrodki czucia i ruchów dawnych wprzód się z porażenia ocuciły, niż ośrodki odruchów oddechowych, porażenie zatém ostatnich silniejszém być musiało, niż pierwszych, przyczyną zaś tego mogła być ta okoliczność, że pod wpływem duszności, tj. przy braku tlenu, czucie i wola wprzód porażone zostały, niż ośrodki odruchów oddechowych, skutkiem tego dziecko straciwszy czucie i przytomność automatycznie jeszcze pewien szereg utrudnionych oddechów wykonywało, aż wreszcie i te ostatnie ośrodki ubezwładnionemi zostały; przez cały ten czas jednak istota korowa półkul jako siedziba świadomego poczucia i woli była bezczynną, odpoczywała, gdy rdzeń przedłużony jako ośrodek odruchów oddechowych *(noeud vital)* pracował do ostatniéj chwili i zrywał się do bezwiednych, gwałtownych, a bardzo mało skutecznych wdechów, aż zasób jego sił zupełnie wyczerpany został. Tak więc wcześniejsze powstanie porażenia ośrodków świadomego czucia i woli (istoty korowéj przednich płatów) uchroniło je od silniejszego wyczerpnięcia, jakie w ośrodku odruchów oddechowych *(noeud vital)* powstało. Dlatego też pod wpływem krwi utlenionéj, któréj sztuczne oddychanie dostarczyło, ośrodki czucia i woli wprzód

się ocucać zaczęły, zanim w ośrodkach odruchów oddechowych ślad życia mógł się objawić. Rdzeń przedłużony bowiem potrzebował tu dłuższego wypoczynku, by po tak znaczném wyczerpaniu do swéj żywotności powrócić. W ten sposób wytłumaczyć możemy wystąpienie zjawiska Stokesa w naszym przypadku. O innych zauważanych objawach nie wiele pozostaje nam do powiedzenia. Że przy powtórném wystąpieniu duszności dziecko było spokojném, wypływa to względnie z powolnego stopniowego rozwijania się tejże, które pociągnęło za sobą większe wyczerpnięcie sił i powolne znieczulenie i odurzenie. Odpowiednio do utrudnionego wdechu widzimy też dziecko spokojnie leżące, blade, a nie sine, wydech bowiem odbywający się biernie w skutek zwężenia znacznie się tylko wydłużał, dokonywał się jednak w zupełności; inaczéj przy operacyi, gdzie skutkiem bólu chwilowe napięcie mięśni wydechowych następowało, podobnież jak i przy kaszlu, tu skutkiem forsowanego czynnego a utrudnionego wydechu żyły się rozdymały, a twarz silnie siniała; podnieść tu winienem, że utrudniony wdech czy to silniejszém, czy dłużéj trwającém działaniem mięśni wdechowych dokonywany, sprawia zmęczenie tychże, gdy wydech jeszcze biernie a więc bez żadnego natężenia lubo w dłuższym czasie odbyć się może. W przypadku tym tak tracheotomija wykonana przy znacznėm zwężeniu krtani, jakotéż i sztuczne oddychanie w początku asfiksyi podjęte, miały chwilowy tylko skutek, dawały krótkotrwający tylko tryumf sztuki nad grożącemi życiu przypadami; za to w następnym przypadku wynikiem było uratowanie życia choremu, z którego to powodu przypadek ten ogłaszam.

P r z y p a d e k II. Dnia 15/9 1879 zawezwany zostałem przez kol. Wiszniewskiego do czteroletniego dziecka, u którego w przebiegu lekkiéj dyfteryi gardziela przypady zwężenia krtani wystąpiły. Badanie gardziela okazało kilka małych białych plamek na obrzmiałych migdałkach, migdałki same wreszcie powiększone. Badanie laryngoskopijne okazało zewnętrzne krtaniowe powierzchnie przedsionka krtani, a mianowicie przednią powierzchnię nagłośni, zewnętrzne powierzchnie fałdów nalewkonagłośniowych i szczyty chrząstek nalewkowych, wolne od wszelkich zmian chorobowych, a mianowicie nie obrzmiałe i nie pokryte błonami rzekomemi. Zajrzeć do wnętrza krtani, w obec znacznie pochylonéj ku tyłowi nagłośni i niespokojności małego pacyjenta, nie byłem w stanie, jednak i tak rozpoznanie znacznego zwężenia w krtani nie ulegało żadnej wątpliwości, w obec przeciągniętego forsownego, z głośnym szmerem zwężenia odbywającego się wdechu, znacznie przedłużonego wydechu. Uważając podług tych przypadów zwężenie za bardzo znaczne, przystąpiliśmy zaraz do operacyi sprowadziwszy jeszcze jako trzeciego lekarza kol. Wasylewskiego. Chcąc ograniczyć o ile można utratę krwi. któraby mogła być tém znaczniejszą, że mały pacyjent ciągle się nadymał, usiłując krzyczeć, czém w obec utrudnionego wydechu znaczne rozdęcie żył wywoływał, przyciskałem po każdém cięciu mokre zwinięte szmatki (zamiast gąbki) na ranę, aż krew iść przestała, przez co operacyja znacznie się przedłużyła. Utrata krwi jednak była bardzo mała, na jednę drobną gałązkę żylną założyłem pincetę chirurgiczną. Odsłoniwszy wiąz stożkowy i chrząstkę obrączkową, przeciąłem takowe, a gdym brzegi rozcięte rozwarł w celu wprowadzenia kaniuli, zauważałem, że mały pacyjent, który dotąd ciągle był niespokojny i nadymał się, stał się zupełnie spokojnym, zamknął oczy i oddychał regularnie i lekko. Widząc, że nie ma żadnego krwotoku z brzegów rany do tchawicy, że oddech jest swobodny i uważając stan dziecka za rodzaj omdlenia lub snu wywołanego przez nagły odpływ krwi od mózgu, który przedtém z powodu zatamowanego wydechu był utrudniony, pozostawiłem przez chwilę ranę rozwartą, aby obejrzeć dokładnie całą ranę i oczyścić ją. Zdjąłem pincetę z drobnéj żyłki, na którą była założoną, poczém jednak nie okazał się żaden krwotok, nie potrzebowałem więc jéj podwiązywać. Potém dopiero założyłem kaniulę kauczukową i trzy szwy pod nią. Po $^1/_2$ godziny pacyjent otworzył oczy i oprzytomniał zupełnie, kol. Wasylewski pozostał 2 następne noce przy dziecku.

16/9 okazało się małe obrzmienie na szyi, stan zresztą zadowalający, 17/9 obrzmienie większe, wieczorem oddech utrudniony z powodu nagromadzenia śluzu, którego mały pacyjent nie miał siły wyrzucić, kilka razy wprowadziłem piórko głęboko w tchawicę, częścią wyciągnąłem nieco śluzu na piórku, częścią zaś wzbudzałem kaszel, śród którego reszta odeszła. Śluz okazał się gęsty, ropiasty, lipki bez błon krupowych. Dotąd były robione inhalacyje z *aq. calcis* kilka razy na dzień, obecnie zaleciłem je odbywać co godzinę, częścią z *aq. calcis*, częścią z saméj pary wodnéj, w celu zwiększenia sekrecyi, prócz tego *aq. calcis* była stosowaną przez usta, by i na sprawę gardziela działać mogła. Tegoż dnia zauważyłem opryszczenie końca nosa, z którego trochę cieczy cienkiéj nieco mętnéj odchodziło. Wewnątrz znalazłem białe okłady jednostajne na muszlach *(rhinitis diphtaeritica)*.

18/9 Opuchnięcie na szyi jeszcze większe, na rurce wewnętrznéj kaniuli krążek zaschłego śluzu, (przez całą noc, ponieważ kol. Wasylewski już nie był obecny, inhalacyi nie robiono i rurki nie wyjmowano mimo zalecenia); zaleciłem więc tém usilniéj inhalacyje.

19/9 Puchlina szyi może nieco mniejsza, odtąd zaczyna się coraz bardziéj pomniejszać, podobnież opryszczenie nosa ustępuje, wewnątrz śluz ropiasty muszle pokrywa.

21/9. W moczu okazuje się białko w miernéj ilości. Odtąd zaczęło się jednak coraz bardziéj poprawiać; dziecko przychodziło do sił i wesołości, oddech był swobodny, kaszel tylko dość częsty czasem ze krwią, kaniulę co kilka dni wyjmowałem i czyściłem, szwy zdjąłem z rany, która w głębi *per primam* się zagoiła a z wierzchu tylko w wąskiéj szparze *per granulationem*, wkrótce otwór zaczął się zwężać po wyjęciu kaniuli bardzo znacznie i szybko, tak że wkładanie jéj powtórne było bardzo przykre małemu pacyjentowi, byłbym już zaczął robić próby z wyjęciem rurki, gdyby nie przypady utrudnienia przy łykaniu, które się teraz pojawiać zaczęły, a w skutek których pokarmy zwłaszcza płynne częściowo wpadały do tchawicy; wolałem by w tym stanie kaniula pozostała w ranie dla łatwiejszego wyrzucenia wpadłych cząstek pokarmu. Stan ten jednak nie doszedł do tego stopnia, żeby aż żywienie za pomocą sondy połykowéj stało się koniecznėm i owszem w dni kilka dziecko nauczyło się z wyciągnięciem szyi ku przodowi tak łykać, że rzadko co do tchawicy się dostawało. Białko w moczu utrzymywało się jednak ciągle w jednym stopniu mimo wody bilińskiéj, któréj pacyjent używał bardzo chętnie, w dwa tygodnie po operacyi pokazała się w moczu obfita ilość osadu moczanów, przyczém ilość białka nagle bardzo znacznie się zmniejszyła, a w parę dni zupełnie znikła.

Dnia 6/10 a więc w 3 tygodnie po operacyi, gdy już łykanie zupełnie dobrze się odbywało, wyjąłem dziecku kaniulę, poczém odwiedzałem je przez parę dni po kilka razy na dzień, raz nawet w nocy i obserwowałem jego oddech. Oddech

lekki był zupełnie cichy, silniejszy odznaczał się pewnym szmerem krtaniowym, lecz nie był utrudniony, tak że dziecko swobodnie biegać i bawić się mogło i w całych płucach wdech pęcherzykowy dokładnie słyszeć się dawał. W nocy jednak często się chory zrywał i skarżył, że mu coś w szyi zawadza. Badanie laryngoskopijne nie doprowadziło mnie do możności zobaczenia głośni, muszę jednak przypuścić, że pewien mały stopień zwężenia pozostał, który ów szmer przy silniejszym oddechu wywoływał. Zwężenie to jednak li tylko akustyczne objawy za sobą pociągało, nie było zaś w stanie w niczém czynności oddychania zagrozić, mogłem więc spokojnie stan ten pozostawić, rachując że z wiekiem sam on ustąpi, lub wreszcie przystępnym będzie badaniu i leczeniu. Najprawdopodobniéj powstało tu obrzmienie części podbrzeżnych więzadeł, które może podobnie jak w pierwszym przypadku jedyną przyczynę zwężenia stanowiło; zatém przemawiałby brak błon krupowych na zewnętrznych powierzchniach przedsionka krtani, jakotéż i w wykrztuszonéj wydzielinie. Że nie było to zwężenie pozostałe w saméj głośni np. skutkiem blizn po wrzodach dyfterytycznych itp., za tém przemawia wcale dźwięczny głos, choć z pewném właściwém brzmieniem, jaki się po wyjęciu kaniuli okazał. Obrzmienie części podbrzeżnych więzadeł jeżeli nie było zbyt wielkiém, mogło tylko słaby szmer przy silniejszym wdechu wywołać. Z wiekiem w miarę wzrostu krtani i rozszerzenia się głośni mógł i ten szmer zniknąć zupełnie, w każdym jednak razie pozostała obawa, by przy silniejszym nieżycie ostrym krtani przystąpienie nowego obrzmienia do już istniejącego nie sprowadziło łatwo ponownego zwężenia krtani, dlatego téż zalecono pod tym względem ostrożność i uwagę.

Rana skórna zagoiła się wkrótce. Dotąd nie wystąpiły żadne ponowne przypady zwężenia, co pozwala wykluczyć bujanie granulacyj z dna rany, które często po tracheotomii i długiém noszeniu kaniuli lubi występować. W końcu października i w początku listopada wystąpiło znowu u chorego lekkie porażenie, pociągające za sobą wpadanie płynów do krtani, lub wracanie ich nosem, stopień tychże nie był jednak zbyt wielki, tak że ograniczyłem się tylko do elektryzowania podniebienia, które obecnie odbywam.

Dodać tu muszę, że o rok starsza siostra naszego pacyjenta, która dopiero dzień przed operacyją została oddzieloną od brata, zapadła także na dyfteryję gardziela, która jednak wkrótce przeszła szczęśliwie. Trwanie choroby wynosiło 5 dni tj. od 17/9 do 22/9 i skończyło się na pokryciu całych migdałków błonami białemi, które się jednak łatwo w dni kilka oddzieliły, nie sprowadziwszy żadnych krtaniowych przypadów.

Podnieść tu winienem, że sprawę krupową i dyfterytyczną uważam za istotnie nie różne od siebie, anatomicznie bowiem dadzą się tylko różnice co do głębokości usadowienia wykazać, a nie co do do istoty błon, klinicznie więc rozłączać obu spraw nie podobna, i jeżeli krańcowe obrazy głębokich wrzodów na migdałkach bez zwężenia krtani z jednéj, a obfitych błon rzekomych krtani, tchawicy i oskrzeli, przy małych i powierzchownych błonkach na migdałkach lub bez nich z drugiéj strony, dozwalają postawienia dwóch typów tj. t. z. dyfteryi i krupu, to jednak typy te odpowiadają więcéj umiejscowieniu, niż jakości zmian chorobowych, w pierwszym razie umiejscowieniu w gardzielu, w drugim w krtani i w rurach oddechowych. Że w gardzielu forma dyfteryi nad krupem przeważa, nie zdziwi nas to, gdy uwzględnimy pulchność tkanny błony śluzowéj gardziela, a zwłaszcza migdałków, których gruczoły mieszkowe już w sprawach nieżytowych mogą sprawić znaczne utraty istoty (zapalenie folikularne). Inaczéj rzecz się ma w krtani, gdzie cienkość błony śluzowéj i tkanki podśluzowéj ogranicza zapuszczanie się wypociny w głąb, gdzie zatém więcéj po wierzchowna tj. krupowa jéj forma się zdarza. W gardzielu im silniejsza sprawa chorobowa, tém głębiéj sięga wypocina tak, że czysto krupowe błonki w gardzielu są znamieniem lekkości sprawy chorobowéj; w krtani im silniejsze zapalenie, tém grubsze są błony rzekome. Łatwo ztąd pojąć, że w gardzielu rozpad i wessanie mas obumarłych, w krtani zaś i tchawicy zwężenie i zatkanie światła rury oddechowéj łatwo nastąpić może. Te typowe formy, gdzie cierpienie do samego gardziela (dyfterya) lub do saméj rury oddechowéj, lub do niéj przeważnie (krup) ogranicza się, są jednak rzadsze. Często mniéj lub więcéj oba narządy zajęte bywają, a wtedy zwykle obok dyfteryi gardziela krup krtani i tchawicy występuje. Może jednakże przy dyfteryi gardziela nie koniecznie sprawa krupowa występować w krtani, może tu przyjść li tylko do nieżytu, a nawet nieżytowego obrzmienia. Obrzmienie to samo podług Störka zwężenie znaczne sprawić może, które się kończy uduszeniem, jeżeli tracheotomia życia choremu nie ocali. Pierwszy nasz przypadek okazywał wprawdzie błony krupowe na więzadłach, nie one jednak, lecz obrzmienie pod głośnią było zwężenia przyczyną; drugi przypadek prawdopodobnie był téj saméj natury lub może nawet wcale błon krupowych w krtani nie było, w sekrecyi tchawicy przynajmniéj nie widziałem ich wcale. Przesunięcie się sprawy właściwéj na błonę śluzową nosa było mi daleko milszém, niż gdyby takowa na dół zstępować zaczęła, a rzeczywiście doświadczenie okazuje, że przy *rhinitis diphtheritica* rzadziéj do rozległego krupu w tchawicy przychodzi.

III. Oceny i sprawozdania.

Prof. Zeissla (we Wiedniu): **Przyczynek do terapii zapalenia wiewiórowego cewki moczowéj u mężczyzn.**
Streścił Dr. Obtułowicz w Turce.

(Dokończenie. Patrz Nr. 48.)

2) Leczenie chronicznego wiewiórowego zapalenia cewki moczowéj drogą bezpośrednią. Wiewiór chroniczny jest cierpieniem usadowiającém się na małéj, po największéj części, w tylnym odcinku cewki moczowéj położonéj przestrzeni błony śluzowéj, a objawy jego stanowią: skąpa wydzielina surowiczo-śluzowa, czasem zaś tylko nieznaczny ból odpowiadający siedzibie cierpienia. Przy badaniu tego rodzaju chorego, należy przedewszystkiém dokładnie zbadać już to zapomocą wywiadów szczegółowych, już téż zapomocą sondy, czy nie wytworzyło się już ścieśnienie cewki moczowéj (*strictura*). Najlepiéj w tym celu użyć sondy służącéj do śledzenia kamieni grubszego kalibru (Nr. 15—18 *Filière Charrière*), a częstokroć przy oględném i uważném jéj wprowadzeniu można odrazu wykryć siedzibę cierpienia, albowiem chory w miejscu odpowiedniém doznaje bólu, jakotéż można wyczuć nierówności na błonie śluzowéj cewki, w postaci brodaweczek ziarninowych, małych polipów itd. Pamiętać jednakowoż należy, że rzadko chorzy przy pierwszém zaraz badaniu podadzą miejsce bolesne z należytą dokładnością, gdyż doznają także kłucia w chwili, gdy sonda przesuwa się przez „*Caput gallinaginis*“. Kilkakrotne jednak

badanie w takim razie sondą i ostrożne jéj wysuwanie prowadzą do celu.

Co się tyczy bezpośredniego leczenia miejsca schorzałego, to w tym celu wprowadzano świeczki lub katetery posmarowane odpowiedniemi lekami, używano strzykawek z nasadkami nakształt kateteru, aby płyn ściągający wprowadzić do samego tylnego odcinka cewki moczowéj. Następnie dokładano wszelkich starań, aby miejsce schorzałe można zobaczyć, a owocem usiłowań rozlicznych na tém polu był najpiérw wziernik (*Endoscop*) podany przez Desormeaux, nader skomplikowany i drogi, późniéj zaś wziernik konstrukcyi Grünfelda, dość już obecnie rozpowszechniony i zazwyczaj używany na klinikach. (Szczegółowy opis tych narzędzi i metody badania podał sprawozdawca w Przeglądzie Lekarskim z r. 1877, Nr. 24, 27 i 28). W ostatnich czasach podał Auspitz endoskop dwulistkowy służący również do rozszerzania cewki moczowéj, zbudowany na kształt wziernika pochwowego Ricorda.

Zdaniem autora jednak, sangwiniczne nadzieje przywiązywane do tego genijalnego wynalazku nie ziściły się, przynajmniéj pod względem wyników terapeutycznych; wprawdzie miejsca schorzałe można widzieć, a anatomija patologiczna została wzbogaconą kilku szczegółami zasługującemi na uwagę, jednakowoż bezpośrednie stosowanie leków żrących wyjątkowo tylko uwieńczoném zostało pomyślnym wynikiem. Dlatego autor poleca wprawdzie ćwiczenie w endoskopii celem nabrania odpowiedniéj biegłości zwłaszcza w celach diagnostycznych, lecz sam zrażony i rozczarowany, może za prędko, niepowodzeniami na polu terapii, porzucił używanie endoskopu w praktyce codziennéj.

Pod względem leczenia bezpośredniego zatém zaleca autor tak samo wstrzykiwania, jak i przy leczeniu okresu ostrego wiewióra, wprowadzanie do cewki świeczek i sond, a nadto leczenie drogą pośrednią przez podawanie środków na wewnątrz. Wstrzykiwanie leków balsamicznych do cewki moczowéj nie odniosło wcale skutków pożądanych.

3) Leczenie zapalenia wiewiórowego cewki moczowéj u mężczyzn drogą pośrednią. Od dawna już celem leczenia wiewióra używano środków szczególniej balsamicznych, przyswajanych ustrojowi za pośrednictwem przewodu pokarmowego, które to leki następnie z moczem wydzielane, skuteczny wpływ na schorzałą błonę śluzową cewki wywierały. W szeregu tych leków zajmują miejsce poczestne: balsam kopaiwiany i peruwiański, pieprz kubebiany, olejek terpentynowy, balsam Gurium i przetwory z Matico; w najnowszych czasach przybył także „*Piper metisticus-Kava-kava* albo *Ava-ava*, zachwalany przez niektórych autorów jako lek nader skuteczny w wiewiórze, chociaż wielokrotne użycie jego w praktyce lekarskiéj zawsze zawodziło; natomiast autor zachwala nadzwyczaj przetwory żeleziste w przypadkach przewlekającego się wiewióra.

W praktyce szpitalnéj, gdzie chorzy pod względem dyjetetycznym ścisłemu ulegają nadzorowi, rzadko tylko wypada uciekać się do zadawania środków balsamicznych na wewnątrz, za to częściéj się zdarza ten przypadek w praktyce prywatnéj, gdzie chorzy nie chcą lub nie mogą się odrywać od zatrudnień codziennych. Środki balsamiczne nie wywierają wcale wpływu szkodliwego na ustrój, w szczególności nie wywołują białkomoczu, osad bowiem w moczu opadający za dolaniem kwasu azotowego jest tylko wydzielonym kwasem żywicznym, który przy gotowaniu następném się rozpuszcza; a pokrzywka balsamiczna (*Urticaria balsamica*) zjawiająca się po dłuższém zwłaszcza używaniu przetworów tego rodzaju, znika wkrótce po kilkudniowéj przerwie w zażywaniu tych leków. Autor zapisuje środki balsamiczne i przetwory z Matico w sposób następujący:

Rp. 1) Capsularum de Matico lagenam 1.
S. Po 15 torebek dziennie

Rp. 2) Extracti Cubebarum
Spirit. terebinth. aa 10·00
Magnesiae ustae q. s. ut f. pilulae ponder. 0·35
S. Po 24 pigułek dziennie.

Lub téż zadaje się po 15—20 kropel balsamu kopaiwianego w torebkach 3 razy dziennie; można także zrobić pigułki zawierające kopaiwę z dodatkiem wosku

Rp. 3) Cerae albae 5·00
Leni igne liquefactae adde Balsami Copaivae 15·00
Pulveris Magnesiae q. s. ut f. massa pilularis, ex qua form. pilulae ponderis 0·30
S. 3 razy dziennie po 8 pigułek.

(Bardzo dobre skutki oddawały mi pigułki zrobione tylko z kopaiwy i magnezyi:

Rp. Balsami Copaivae 10,00
Magnesiae ustae q. s. ut f. pilulae 40—50
consperg. pulv. radd. liquiritiae
DS. Po 10 pigułek dziennie;

lub też kęsy z kopaiwy i kubeb:

Rp. Balsami Copaivae 20,00
Pulv. piper. Cubebarum
rec. tusi 30,00
M. f. l. a. massa pilularis ex qua form.
boli quinquaginta
consperg. pulv. radd. liquiritiae
Ds. Po 6—10 kęsów dziennie.

Uwaga sprawozdawcy.)

Z przetworów żelezistych podaje autor albo Liquor ferri sesqui-chlorati, albo ferrum carbonico-saccharatum (0·30—0.40 pro die).

Rp. Liquoris ferri sesquichlorati 1·50
Aquae destillatae 150·00
Syrupi Rubi Jdaei 25·00
S. 5 razy dnia po łyżeczce od kawy do pół szklanki wody.

W ostatnich czasach poczęto zachwalać kadzenie środkami żywicznemi, jednakowoż chorzy tylko niechętnie poddają się temu sposobowi leczenia, które nadto trwa długo i nie nadaje się wcale do użycia w praktyce szpitalnéj, a tém mniéj w praktyce prywatnéj.

Zazwyczaj przyczyną przewlekania się zapalenia wiewiórowego cewki moczowéj jest zajęcie chorobowe gruczołu krokowego, na które, jak słusznie Thompson w dziele chorobom tegoż gruczołu poświęconym zauważył, lekarze dotąd bardzo mało uwagi zwracali. Cierpienie to towarzyszące częstokroć już to wiewiorowi ostremu, już to chronicznemu, może być również ostrém lub przewlekłém. Zapalenie ostre gruczołu krokowego (*prostatitis acuta*) odznacza się znacznemi bolami, rozpromieniającemi się z międzykrocza, szczególniéj potęgującemi się przy siedzeniu lub chodzeniu, uczuciem ciała obcego, jakby korka w stolcu, i upośledzeniem w oddawaniu kału i moczu. Po 1—2 dniach uskarżają się chorzy na mocny ból pukający w miejscu gruczołu krokowego, a badanie palcem przez kiszkę stolcową wykazuje mocne obrzmienie bolesne, jednego lub drugiego zrazu gruczołu krokowego, które albo bez dalszych następstw ustępuje, albo przechodzi

w ropienie zdradzające się w 8—12 dni wyraźném chełbotaniem. Ropień taki zazwyczaj sam pęka, a chorzy opowiadają, że wśród przyjemnych marzeń obudzeni, spostrzegli na bieliznie płyn szklisty, klejki. z małą domieszką krwi i ropy. Jeżeli jednak chorzy mocno gorączkują i doznają bólów bardzo znacznych, chełbotanie zaś przy badaniu przez odbytnicę okazuje się bardzo wybitném, natenczas można oczyściwszy należycie stolec zapomocą środków przeciwgnilnych, nakłuć ropień taki wąskim i kończastym nożykiem, poczém bole ustępują, chorzy znacznéj ulgi doznają, a rana przy odpowiedniéj opiece lekarskiéj goi się należycie. W przypadkach nader rzadkich ropień gruczołu krokowego przebija międzykrocze i daje początek przetoce cewki moczowéj.

Daleko częściéj jednak w przebiegu zapalenia wiewiórowego cewki moczowéj pojawia się zapalenie chroniczne gruczołu krokowego. Objawy tego cierpienia są podobne do powyżéj przytoczonych, jednakowoż w stopniu mniejszym; gorączka okazuje częste przerwy, ból w międzykroczu nie tak znaczny i tępy zjawia się podczas chodzenia i stania Mocz nie jest jeszcze zupełnie czysty i zawiera charakterystyczne nitki śluzowe (*Tripperfäden*) i przybłonki. Badanie gruczołu krokowego rzadko tylko zdoła wykazać wybitne jego powiększenie, zazwyczaj tylko mniejszą lub większą bolesność. W takich przypadkach na nic się nie zdadzą wstrzykiwania, choćby całemi miesiącami robione, a jedynie pożądany skutek odnoszą świeczki elastyczne, albo co lepiéj sondy (*Steinsonden*). W tym celu najpierw bada się cewkę moczową grubą sondą, a jeżeli ta swobodnie do pęcherza się nie dostanie, używa się kolejno coraz to cieńszych, dopóki się nie natrafi na taką, która bez tłoczenia wśliznie się do pęcherza. W chwili przesuwania się sondy przez gruczoł krokowy chorzy uskarżają się na palenie wcale znaczne, z cewki moczowéj wypływa zazwyczaj jedna lub parę kropel cieczy lepkiéj z surowicą krwi zmięszanéj, która niczém innem nie jest jak tylko wydzieliną gruczołu krokowego, pomięszaną z krwią wyciśniętą z gruczołu przekrwionego. Odtąd codziennie sonduje się chorego, przechodząc powoli do numerów grubszych. Początkujący mogą również w tym celu używać kateterów, które upewniają ich przez wypuszczenie moczu, że nie zrobili drogi fałszywéj, a powinni pamiętać o tém, że narzędzie należy dobrze obniżyć ku dołowi, chcąc dostać się przez obrzmiały gruczoł krokowy do pęcherza. Sondy lub katetery zostawia się po 4—5 minut w cewce, a następnie wystrzykuje się cewkę wodą wystałą, albo bardzo rozcieńczonym środkiem ściągającym, aby usunąć oliwę, którą była sonda posmarowana, ta bowiem sprawia nieraz dość mocne pieczenie. Sondy mają na celu wzniecenie mocniejszego zapalenia w miejscach błony śluzowéj cewki, zajętych przez nieżyt chroniczny, a z drugiéj strony wywarcie zbawiennego ucisku na obrzmiały gruczoł krokowy, który w razie przeciwnym ulega zwolna przerostowi, częstokroć już koło 35 roku życia, bardzo wybitnemu.

Jeżeli w ten sposób przez niejaki czas chorego leczymy, zbliżamy się szybkiemi krokami do zupełnego wyleczenia nawet zastarzałych wiewiórów, a oznakę ustąpienia chronicznego zapalenia gruczołu krokowego stanowi zdaniem autora wypływ z cewki moczowéj (zazwyczaj w nocy bez marzeń rozkosznych i naprężenia prącia) większéj ilości cieczy klejkiéj, pozostawiającéj na koszuli plamę ostro odgraniczoną. (*Wiener med. Wochenschr.* Nr. 38, 39 i 40).

S. Perkowki: **Mały przyczynek do następstw rdzenio-kostnego zapalenia kończyn.**

J. C., 24-letni żołnierz piechoty, dostał postrzał pod Karsem d. 2go października 1877 r. w chwili gdy strzelał, w prawy staw łokciowy; pocisk przeszywszy i zdruzgotawszy dolny koniec kości ramieniowéj wyszedł od tyłu na szerokość palca po nad wyrostkiem łokciowym. W ciągu 13tu miesięcy przebywał w szpitalach w Sumarnie, Barzumie, Odessie, Kijowie, aż ostatecznie dostał się d. 7 grudnia 1878 r. do szpitala Ujazdowskiego w Warszawie. Stan ogólny był natenczas opłakany, ciepłota wahała się między 39·4° a 40·6°. Kość ramieniowa zdawała się w trójnasób zgrubiałą, staw ramieniowy obrzmiały i bolesny, a przetoki liczne tak na ramieniu jak i do około stawu ramieniowego wydzielały obficie ropę. Sonda wchodziła w głąb jamy, lecz nie natrafiała na kość zmartwiałą. Gdy po kilku miesiącach starannego opatrunku i dyjety pożywnéj stan ogólny się poprawił, a miejscowy pozostawał w tym samym stanie, przystąpił P. do nekrotomii, przypuszczając mimo ujemnego wypadku badania obecność martwiaka; tenże znalazł się jednakże tylko w dolnéj części kości ramieniowéj, podczas gdy górna część okazała się wydrążoną aż do saméj główki, tak że z téj ostatniéj pozostała tylko cienka blaszka kostna. Dopiero w kilka tygodni po operacyi znaleziono martwiak rynienkowaty, 4—5 cm. szeroki, a prawie przez całą długość kości ramieniowéj się ciągnący, który po złamaniu zwolna kleszczykami wydobyto. Okostnéj nie znalazł P. przy żadnéj z tych operacyj ani śladu. Ztąd pozwala sobie wnosić wręcz przeciwnie twierdzeniom teoretyków, że do odnowy (reparacyi) kości nie tylko rdzeń (szpik) kostny i okostna, lecz także sama istota kostna przyczyniać się może, a to w skutek zwiększonego w niéj ruchu odżywczego. Opisany przypadek służy mu w tym celu jako dowód, gdyż pacyjent wyzdrowiał zupełnie, z przydatną kością ramieniową pomimo braku rdzenia kostnego i okostnéj. (Niema pewności, że w trójnasób zgrubiała kość ramieniowa właśnie utworzoną nie została przez okostnę, w ciągu tylomiesięcznego cierpienia, coby i brak okostnéj tłumaczyło i z twierdzeniem teoretyków się zgadzało. *Przyp. Sprawozd.*) (*Gazeta Lek.* T. XXVII. Nr. 20). *A. O.*

V. Listy z podróży i z praktyki.

Przez Dra **Edwarda Sawickiego**,

prymaryjusza szpitala powszechnego we Lwowie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 48.)

List IV.

Po oddziale Charcota najbardziéj obchodziły mnie kliniki lekarskie, których jest w Paryżu, jak wiadomo, cztery, w szpitalach: Hôtel-Dieu, Pitié, Charité i Necker a; oprócz tak zwanych les Cliniques na przeciwko szkoły lekarskiéj.

Co do szpitali paryskich w ogólności, wyznać należy, że niestoją one na wysokości czasu i miejsca, dziś bowiem wymaga higiena już od samego budynku i miejsca, gdzie takowy stoi, pewnych warunków. Pod tym względem szpitale paryskie nie mogą być wzorem. Na piętnaście szpitali, jakie stolica Francyi posiada, tylko dwa, Lariboisière i Hôtel-Dieu mają budynki nowe. System pawilonów oddzielnych, jak np. w Dreznie, w Lipsku, w Berlinie, w Kra-

kowie, w nowym szpitaliku d a dzieci we Lwowie — jest uznany za najodpowiedniejszy pod względem higienicznym. Lariboisière i Hôtel-Dieu mają wprawdzie rozkład pawilonowy, lecz pawilony te są skrzydłami głównego wewnętrznego budynku czworobocznego, którego kryte galerye wychodzą na dziedziniec zamknięty. Takie zbicie na kupę systemu pawilonowego i złączenie go w jeden budynek może być ekonomiczne, lecz nieodpowiada zasadom i wzorom. Dla tego też wentylacyja w przepełnionym szpitalu Lariboisière jest niewystarczająca, mimo nadzwyczajnych wysileń technicznych; przebieg chorób uleczalnych w tym szpitalu ma być niepomyślny, co dało powód Malgaignowi, że go nazwał: „Versailles de la misère“; jest on jak jabłko jerychońskie, z wejrzenia cacko, z treści trucizna.

Hôtel-Dieu nowy, z wielu względów lepszy od tamtego, nietylko, że według podobnéj zbudowany jest zasady, lecz nadto położony w pośród najludniejszéj, centralnéj części miasta, na wyspie de la Cité, obok kościoła Notre-Dame, Wszystkie zaś inne szpitale, a pomiędzy temi i kliniczne, mieszczą się w budynkach starych, poklasztornych z wyjątkiem Charité, którego budynek był pierwotnie na szpital stawiany. W zarządzie szpitali najwyższym i poszczególnym, wpływ lekarzy, a zatém wpływ dziś bardzo ważny dla udoskonalenia tych instytucyj zdrowotnych, jest prawie zupełnie wykluczony. Jak u góry rządzi urzędnik administracyjny najwyższy, nie będący lekarzem, tak w szpitalach poszczególnych dyrektorem jest znowu urzędnik administracyjny, nie lekarz. Nawet na salach swojego oddziału lekarz ordynujący nie ma władzy, ani nad służbą, ani prawa kontroli nad pokarmem przeznaczonym dla chorych, ani nad wewnętrznem gospodarstwem codziennem; wolno mu doradzać lub użalać się, lecz zarządzać nie może. W radzie nadzorczéj, złożonéj z dwudziestu członków, jest tylko jeden lekarz szpitalny, jeden chirurg i z fakultetu medycznego jeden profesor. W téj radzie dwudziestu, głosów lekarskich jest tedy trzy, co oczywiście wpływem parlamentarnéj większości nazwać się nie może.

Służba około chorych pochodzi z warstwy ludności moralnie upadłéj lub nieporadnéj; dopuszcza się ona wyciskania grosza od chorych, do czego jest niejako zmuszoną, ponieważ płaca miesięczna (15 franków) jest niedostateczna.

W żywieniu chorych przechowuje się zwyczaj niechwalebny rozdzielania potraw na porcye w kuchni, i wstawiania rozdzielonych do pieców; mianowicie potrawy mięsne suszą się i czernieją, przez to i tracą na strawności i pożywności. (Porównaj artykuł Dra Le Forta w „Paris Guide“; T. II. str. 1873).

Wszystko to razem wzięte nieodpowiada znaczeniu, jakie Paryż zkądinąd posiada dla cywilizacyi i kultury spraw społecznych, jakie Francya nabyła w dziejach lekarstw i szpitali.

Miała ona już w VI wieku kilka dobrze urządzonych szpitali, jak np. Hôtel-Dieu w Lugdunie. W XII wieku zaszły we Francyi ważne zmiany dla rozwoju szpitali i tak: dawniejsze hospicia zamieniono na infirmerye, np. gospodę ś. Krzysztofa w Paryżu, istniejącą od VII stulecia, zamieniono na szpital (Hôtel-Dieu) wyłącznie dla chorych przeznaczony; Ludwik VII powołuje z Palestyny do Francyi rycerzy ś. Łazarza, którzy od dawna trudnili się tam pielęgnowaniem trędowatych, a teraz tu zakładają domy ś. Łazarza zwane lazaretami; w Montpellier występuje Gwido (Guy), jako twórca urządzenia szpitali w dzisiejszém znaczeniu; jego to właśnie powołał papież Inocenty III na organizatora wszystkich podówczas w Europie cywilizowanéj istniejących szpitali, które po swéj dokonanéj przemianie przybierały często nazwę szpitali ś. Ducha. (Zobacz artykuły Virchowa o szpitalach, w jego „Gesammelte Abhandlungen“ w T. II).

Za Ludwika XIV powstają wielkie zakłady dla różnego rodzaju nędzarzy i żebraków, którzy się namnożyli podczas długich wojen domowych. We wieku sentymentalizmu, który J. J. Rousseau przez swoje pisma wywołał, lubiano zabawy sielsko-pasterskie, spijano mleko w Trianon dla mody, i dla mody czyniono wiele dla szpitali; we wieku rewolucyi urządzono niemal wszystkie dziś istniejące szpitale miasta Paryża. Ta gorliwość w zakładaniu szpitali nie była wszelako połączona z umiejętnością i gorliwością w ich urządzaniu i utrzymaniu wewnętrznem. Wynikało to z natury pobudek w zakładaniu hospiciów i szpitali, tudzież z ówczesnego stanu lekarstwa i lekarzy. Hospicia dla biednych, dla chorych i pielgrzymów, zakładano przy kościołach i klasztorach w celach ascetyzmu, t. j. dla ćwiczenia się w odpowiednich cnotach, które jedno ze siedmiu błogosławieństw za sobą pociągają. Możni i królowie nie chcieli mieć na ulicach uprzykrzonego żebractwa, i z litości albo z konieczności kazali uprzątać miasto z chorych i nędzarzy. Stan lekarstwa ówczesny porównany z dzisiejszym był opłakany. Nauki lekarskie wykładano jak teologiję lub prawo sposobem dialektycznym, bez anatomii i fizyologii, bez kliniki i nekroskopii. O higijenie niemiano pojęcia, zwłaszcza o higijenie miast i szpitali. To też nie dziwimy się wcale, że według świadectwa spółczesnych szpital Hôtel-Dieu w Paryżu miał wówczas 1219 łóżek, w których leżało 3418 chorych, często po sześciu na jedném, niekiedy razem z nieboszczykiem. Jaka tam była pościel, jaka obsługa, jakie żywienie, można wnioskować ze słów Cuviera, który powiada że „męki piekielne zaledwie mogą być większe od tych, jakie cierpieli ci nieszczęśliwi umieszczeni w szpitalach“. (Porównaj *Du-Campa: „Paris, ses organes, ses fonctions et sa vie“*, T. IV, artykuły o szpitalach).

Żaden rząd nietroszczył się widocznie o stan wewnętrzny szpitali, skoro dopiéro Cesarz austryjacki Józef II, będąc w Paryżu i zwiedziwszy szpital Hôtel-Dieu, o jego okropnym stanie czynił przedstawienia swojemu szwagrowi Ludwikowi XVI, co stało się powodem wysłania komisyi z grona Akademii umiejętności w osobach pp. Tenon, Baille i Larochefoucauld. Lecz złemu zaradziła dopiéro pierwsza republika, która dla lekarstwa i dla szpitali uczyniła bardzo wiele.

Jakkolwiek więc w dzisiejszych szpitalach paryskich, nie wszystko może nam służyć za wzór, jak to wyżéj powiedziałem, jednak z drugiéj strony podnieść należy, że żadna inna stolica państw europejskich nieuczyniła stosunkowo tyle dla ubogich swoich chorych, co stolica Francyi. Tak np. Londyn, który dwa razy większą ma ludność, posiada w swoich ośmnastu szpitalach łóżek 4134, podczas gdy Paryż w swoich piętnastu szpitalach ma łóżek 7698, pomijając już, że każde łóżko ma materac, dobrą pościel i nawet firanki, że istnieją tu jeszcze zakłady dla nieuleczalnych, zakład dla ozdrowieńców, dla starców i kalek, pięć zakładów dla obłąkanych; pomiędzy temi pięcioma trzy są nowe i urządzone wzorowo. Potrzeba więc tylko zaprowadzić ostateczne urządzenia higijeniczne i dietetyczne w tych szpitalach, ażeby czyniły zadość wymogom tegoczesnym.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

Listy z prowincyi.

III.

Jakkolwiek już wiele pisano o matactwie lekarskiém, zwłaszcza na prowincyi, nie od rzeczy jednakże będzie odezwać się jeszcze w téj sprawie, zwłaszcza że ono nie tylko nie zmniejszyło się wcale, lecz owszem kwitnie a nawet buja coraz bardziéj. Przedewszystkiém lud ciemny w cierpieniach i dolegliwościach swoich szuka rady i pomocy u licznych wróżów, bab, owczarzów i tym podobnych szarlatanów wiejskich, których wpływ niby to na nadprzyrodzonéj podstawie oparty jest tak powszechnym, że śmiało twierdzić można, iż większa połowa ludności wiejskiéj nigdy innego lekarza nie potrzebuje. Prócz tego karczma to apteka wiejska, mieszcząca w sobie obok wódki, tego uniwersalnego lekarstwa na wszystkie moralne i fizyczne cierpienia ludu, także i leki przeczyszczające, wymiotne, chinidyn, pijawki itp., a karczmarze coraz częściéj trudnią się puszczaniem krwi, co każdego roku szczególniéj w maju wykonywane *en masse* (puszczenie bowiem krwi w tym miesiącu uważane jest za jedyny środek zabezpieczający przed chorobami w ciągu całego roku) wcale nie złe przynosi dochody. Tu i owdzie znów plebanija lub dwór to rodzaj poliklinik wsiowych, gdzie kwitną homeopatyja, Morison, Mattei, Airy i inne podobne specyfiki, dyspensowane przez ks. proboszcza lub panią ze dworu; gdyż najczęściéj jakaś podeszła ciocia lub babcia, straciwszy pretensyję do świata, przybiera na siebie rolę „dobrodziejki“ ludu. Humanitaryzm ten jednakże przechodzi powoli w manierę, a sława lekarska wychodząc za granicę wioski, sprowadza do niéj z dalekich stron licznych pielgrzymów, bo nawet z miast, lekarzy i instytucyje lekarskie pomów, bo nawet z miast, lekarzy i instytucyje lekarskie posiadających. A cóż więcéj potrzeba naszemu chłopkowi, jeżeli dał chorobę zamówić, „urzeknięcie odczynić,“ zażył lekarstwo od ks. proboszcza lub ze dworu, a nadto wypełnił swe obowiązki chrześcijańskie, to już i sumienie całkowicie zaspokojone. W tych zaś rzadszych przypadkach, gdzie dalsza pomoc jest pożądaną, nie zawsze chęciom odpowiadają materyjalne zasoby. Czasem znów zjawia się w okolicy zwykle jakiś exgospodarz, często exmedyk lub exaptekarz, i przy pomocy popularnego podręcznika lub *Recepttaschenbuchu* zyskuje sławę cudownego lekarza, a zarazem szerokie koło zwolenników; przyjmuje więc chorych u siebie lub udaje się do nich lecząc „ziołami“ jako środkami naturalnemi i sobie tylko znanemi, pisze jednak i recepty do apteki, dla ostrożności nie podpisując ich wcale. Pomocy też rzadko udziela bezpłatnie, każąc sobie zwykle za nią dobrze a nawet bardzo dobrze płacić. Niejeden zaś z nich, zapragnąwszy większego rozgłosu, występuje jako „przyrodolekarz“ na szerszą arenę, i z pomocą dziennikarskich anonsów znajduje liczne grono łatwowiernych adoratorów i to wśród zkądinąd oświeconéj publiczności. W zakresie chirurgii największą wziętość mają wiejscy konowałowie, a to nie tylko u ludu ale także między ludźmi nawet do wysokiego wykształcenia pretensyję mających, którzy w danym przypadku zasięgnąwszy rady lekarzy często specyjalistów, ostatecznie przecież powierzają leczenie temu lub owemu sławnemu chłopu. (Niedawny taki przypadek tyczy się osoby jednego ze starostów, a zatém kierownika władzy mającéj przestrzegać wykonywania ustaw sanitarnych). Rzeczywiście powiedzieć można, iż na prowincyi prawie w dogmat przeszła zasada, że zwichniętą lub złamaną odnogę (czasem nawet i cięższe rany np. postrzałowe) wyleczyć może tylko chłop, gdy lekarz jako nader pochopny do „rznięcia“ zaszkodzić tylko może, to też dla tego ostatniego leczyć powyższe przypadki może większą jest osobliwością, niż wykonanie owaryjotomii dla kliniki.

Wprawdzie służy lekarzowi prawo wystąpienia przeciw tego rodzaju matactwom mniéj lub więcéj szkodliwym, szukać jednakże pomocy przeciw mataczom amatorom, to znaczy najprzód nic nie uzyskać, bo bezpłatnie wolno jest szkodzić nawet bliźniemu swemu, (jakkolwiek liczniejsze datki na mszę świętą w celu uproszenia odzyskania zdrowia, lub odrabianie w polu za leczenie i leki nie zawsze świadczą o bezinteresownéj terapii), a następnie stać się celem powszechnego oburzenia i narazić na znaczną utratę praktyki obywatelskiéj, co dla lekarza obojętném być nie może, zwłaszcza, że i zwolennicy téj lub owéj metody, o ile ona jest praktykowaną na drugich, sami zachorowawszy do rad lekarza się stósują. Droga prawna przeciw owczarzom, babom, konowałom itd. nie prowadzi również do praktycznego skutku, nie tylko bowiem mogą być pewnymi bezkarności, gdyż nie są tak naiwni, by utrzymywali księgi przychodów dla urzędowego użytku, lecz owszem nawet w tych nader rzadkich przypadkach, w których ich jakaś chwilowa kara spotka, otoczeni aureolą męczeństwa „za prawdę“ przeciw „chciwości“ lekarzy, nabywają jeszcze większego rozgłosu i wziętości. Nie jeden też z lekarzy, co spełnił swój obowiązek, żałował tego potém, a inni nauczeni przykładem nie próbują nawet robić kroków w tym kierunku.

Wieśniak, szukający pomocy lekarskiéj w najbliższém miasteczku, wpada zwykle lub co częściéj oddaje się dobrowolnie w ręce cyrulika, który stósownie do wysokości pieniężnych zasobów pacyjenta aplikuje mu mniéj lub więcéj kosztowną przedewszystkiém krwawą terapiję. Zresztą zaś według chłopskiéj loiki po cóż udawać się do lekarza, by zapłaciwszy z receptą być odesłanym do apteki, gdzie znów płacić trzeba, kiedy można sobie w dzisiejszych ciężkich czasach oszczędzić pierwszego wydatku, udając się po poradę wprost do aptekarza. W gronie też różnorodnych mataczów lekarskich niektórzy aptekarze prowincyjonalni wcale nieposlednie zajmują miejsce. Nie dostanie wprawdzie u nich na żądanie morfinu, makowca etc., ale pod nazwą proszków na spanie, kaszel, przeciw rozwolnieniu, można nabyć tych i innych przetworów w każdéj żądanéj ilości. Że naturalnie nie zważa się na to, czy recepta napisaną jest przez lekarza lub przez pierwszego lepszego szarlatana, (te ostatnie nawet jako zawierające sporą mięszaninę najrozmaitszych środków należą do tak zwanych „dobrych“ i bardzo pożądanych), samo przez się się rozumie. Lekarstwa pobiera taki aptekarz czasem w najtańszych składach, nie trzeba więc dodawać, że pozostawiają nieraz wiele do życzenia. Z zapasów tych czerpią znów akuszerki i cyrulicy, przerabiając je do swoich aptek. Zaglądnąwszy do apteki takiéj, szczególniéj zaś w dzień targowy, można spotkać tam liczne grono wiejskich pacyjentów, wśród których uwijają się p. aptekarz wraz z uczniem, nawiasem mówiąc specyjalistą w zakresie syfilidologii dla małomiejskich donżuanów, czasem przy udziale p. aptekarzowéj w dziedzinie ginekologii i chorób dzieci, ordynując i ekspedyjując lekarstwa, w przeważnéj części zwykle już z góry na pewne choroby według *manuale pharmaceuticum* przygotowane. W ten sam tańszy sposób leczy się także uboższa, tj. przeważna część ludności każdego miasteczka. Raz do roku, zwykle o jednym czasie, powstaje w aptece ruch niezwykły, szurowanie i porządkowanie całego lokalu, czyszczenie i świeże na-

pełnianie szuflad i flaszek, a znów usuwanie i chowanie niektórych, co wszystko „niespodziane“ przybycie wizytatora zapowiada, który naturalnie znajduje to co widzi w należytym porządku.

Przeglądnąwszy cały ten szereg wybitniejszych dopiero mataczów lekarskich, łatwo można przyjść do przekonania, że jeżeli skarżyć się możemy na brak lekarzy, stosunkowo do innych prowincyj lub krajów, to na brak leczących, (a wychodzi to u nas na jedno), uskarżać się nie potrzebujemy. Do całkiem innych wniosków prowadziłyby odnośne wykazy statystyczne, gdyby nimi obok lekarzy objęto i wszystkich innych terapeutów, cieszących się najczęściej większym rozgłosem i wziętością od lekarza. To też lekarz prowincyjonalny, który według statystyki udzielać ma pomocy 14 do 16 tysiącom ludności, zamiast jakby się to zdawało być przeciążonym do zbytku pracą, a co za tém idzie opływać w materyjalne dostatki, w rzeczywistości ma aż nadto wiele wolnego czasu, bo odtrąciwszy z tych 14—16 tysięcy połowę, która nigdy lekarza nie potrzebuje, kilka również tysięcy poprzestających na pierwszym lepszym szarlatanie, na terapii cyrulika, akuszerki, aptekarza etc., odtrąciwszy wreszcie znacznie już skromniejszą ilość tych, co lekarza w ostatecznéj dopiero chwili przebywszy różne kuracyje szukają, pozostaje z owych tysięcy zaledwie kilkadziesiąt osób udających się z ufnością do lekarza, a którzy właściwie podstawę jego egzystencyi stanowią. Za bardzo szczęśliwego też musi się uważać każdy lekarz prowincyjonalny, pominąwszy rzadkie wyjątki, którego przychody równają się np. przychodom adjunkta sądowego, naturalnie bez jego spokoju o jutro, nadziei awansu i nie troszczenia się o spokojny kawałek chleba na stare lata; a ileż jest takich kolegów, którzy i do tego doprowadzić nie mogą, pomimo że osiedlają się „na powszechne żądanie ludności“ i pełnią obowiązki lekarzy miejskich. Wprawdzie w czasie epidemij daje się czuć wielki brak lekarzy; jednakże klęski te nawiedzają kraj nasz na szczęście w dosyć długich odstępach, żądać więc zwiększenia liczby lekarzy z tego powodu możnaby chyba tylko wtedy, gdyby ci na kształt legendowych rycerzy przesypiali, wolni od wszelkich potrzeb, spokojne czasy, budząc się na czas tak długi, na jaki ich władze do walki za dyjetami z niszczącą plagą powołają. Konstatując zaś stosunkowy brak lekarzy, naturalnie tylko w ściślejszém tego słowa znaczeniu, mówić zarazem o potrzebie ich pomnożenia, by ich w ten sposób jak chce poseł Dr. Czerkawski zmusić do osiedlenia się po wsiach naszych, byłoby to to, samo, (że użyjemy może zbyt dosadnego porównania) co chcieć zmusić np. szewca, by pracując dla drugich szukał zarazem tą drogą środka do życia tam, gdzie się bez butów obchodzą, lub ich za co nabyć nie mają. Wszakże mamy w kraju naszym stosunkowo szczupłą garstkę techników, jednakowoż i ci przy nierozwiniętym przemyśle nie wszyscy mogą znaleść odpowiednie swemu wykształceniu stanowisko, co jednak zamiast ich zmusić do osiedlania się już nie po wsiach ale po mniejszych miastach naszych, zmusza ich często do szukania z konieczności skromnego kawałka chleba w zajęciu z zawodem technicznym często nic wspólnego nie mającém. Czy podobny los byłby pożądanym dla stanu lekarskiego i rozwoju umiejętności, a w zamian za to, czy wyniknęłyby z tego jakie korzyści dla ludności?

V. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Statystyka epidemij. Ospa nie zmieniła się w Londynie. Leczyło się w szpitalach 46, zapadło świeżo 7, umarł 1. w Wiedniu umarło 2, w Bukareszcie 14. w Paryżu 19. w Budapeszcie 3, w Pradze i Petersburgu 6, w Barcelonie 23. Odra utrzymuje się w równém nasileniu w Kopenhadze i Liverpoolu a płonica w Bukareszcie i Londynie. W Barcelonie umarło więcéj z duru brzusznego. Z duru osutkowego umarło w Petersburgu 3, w Londynie 1.

Od 26 października do 1 listopada zapadło w Memfisie na febrę żółtą 10, a umarło 3.

Z chorób zakaźnych umarło w Krakowie w tygodniu 48 osób 10 mianowicie: 5 z ospy (w ul. Długiéj l. 10. w ul. Floryańskiéj l. 363, w ul. Szpitalnéj l. 406, w ul. Wolskiéj l. 72 i w szpitalu św. Ludwika); 2 z dławca (w ul. Małéj l. 155 i na Kleparzu); 2 z płonicy (w ul. Siennéj l. 198 i w ul. Mostowéj l. 330); 1 z krztuśca (w ul. Wielopole l. 91), a doniesiono w tymże czasie o 6 przypadkach ospy (ze Smoleńska l. 60, z ul. Bernardyńskiéj, z ul. Krzywéj l. 88, z Kleparza l. 85 i 91, ze szpitala św. Ludwika); 3 Variolois (z ul. Floryjańskiéj l. 339, z ul. Karmelickiéj l. 62 i z Podgórza); 2 Varicella (z zabudowań kolejowych); 3 duru brzusznego (ze szpitala św. Łazarza, z Wadowic i z ul Gazowéj l. 326); 3 błonicy (ze szpitala św. Ludwika, z ul. Szpitalnéj l. 404, z ul. Górnych Młynów l. 121) 1 róży (ze Zwierzyńca).

Statystyka śmiertelności. W tygodniu 47 umarło w Krakowie na rok i 1 000 mieszkańców 39,6; we Lwowie 24,8; w Warszawie 24,7; w Poznaniu 27,4; w Wiedniu 24,7; w Budapeszcie 29,5; w Pradze 32,4; w Tryjeście 29.6; w Berlinie 23.2; w Wrocławiu 19,3; w Monachijum 33,2; w Dreznie 17,9; w Lipsku 22,8; w Bazylei 17.6 Brukseli 21.4; w Paryżu 24,8; w Londynie 25,4; w Kopenhadze 35,8; w Stokholmie 19,1; w Chrystyjanii 18,0; w Petersburgu 32.0; w Odesie 35,4; w Bukareszcie 39,0; w Barcelonie 32,1; w Aleksandryi 41,0; w Nowym Yorku 24,2; w Bombayu 32,9 w Madrasie 39,9. *J. B.*

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 4 grudnia. Otrzymaliśmy następujący list:

Szanowny Kolego Redaktorze!

Przed kilkoma dniami spostrzegłem przypadkowo, że w ogłoszeniach kupieckich o wodzie gorzkiéj ze zdroju Wiktoryi w Budapeszcie, rozesłanych z dziennikami warszawskiemi, a noszących znamię cenzury rosyjskiéj z dnia 21 sierpnia 1879 Nr. 5825, zamieszczono poświadczenie moje o skuteczności téj wody w słowach: „Opinija profesora Uniwersytetu Dra Ed. Korczyńskiego w Krakowie. „Woda gorzka Victorii“ zastósowaną była z wybornym skutkiem w c. k. klinice.“

Ponieważ nigdy nikomu żadnego poświadczenia o skuteczności jakichkolwiek wód lekarskich nie udzielałem, i z zasady nie udzielam, przeto powyższego nadużycia mego nazwiska jako fałszerstwa sądownie poszukiwać będę. Szanownego Kolegę Redaktora zaś upraszam uprzejmie, ażeby dla przestrogi innych raczył doniesienie moje umieścić w najbliższym Nrze Przeglądu Lekarskiego.

Z zapewnieniem prawdziwego szacunku

Kraków d. 30 listopada 1879. Prof. Dr. Korczyński.

* Temi dniami Drowie Gauster, Scholz i Kohn we Wiedniu w imieniu kilku tysięcy lekarzy austryjackich wręczyli prezesowi ministrów hr Taaffemu memoryjał względem utworzenia Izb lekarskich. P. Minister przyrzekł zbadać sprawę gruntownie a deputacyję przyjął bardzo uprzejmie.

* Obecny minister spraw zagranicznych w Stambule, Savas basza, jest lekarzem i przed kilku laty jeszcze miał znaczną praktykę w stolicy tureckiéj. *(D. m. W.)*

* Lekarz angielski Dr. Philipps, który skutkiem zderzenia się pociągów poniósł obrażenie kręgosłupa i stał się niezdol-

nym do wykonywania praktyki, na mocy wyroku sądowego otrzymał od dyrekcyi kolei w Londynie sumę 320,000 marek. (*D. m. W.*)

* **Paryż**. D 16 listopada rozpoczął prof. Ball wykłady swoje o chorobach umysłowych i nerwowych. Przedmiotem wykładu wstępnego była historyja psychijatryi. Na wykładzie tym oprócz wielkiéj liczby uczniów obecnych było 11 profesorów, daléj słynni psychijatrzy: Moreau (de Tours), Luys, Lasègue, Lunier, Dagonet, Mesnet, Ritti, wreszcie wielu uczonych nielekarzy, jak Arago, Krishaber, Pilon itd Dowodzi to w każdym razie wielkiego zajęcia, jakie nauka budzi w Paryżu.

* **Mianowania i odznaczenia**. W wydziale lek. w Nancy mianowani zostali: Morel profesorem histologii, Lallement anatomii opisowéj a Hergott prof. kliniki położniczéj. — Asystenci kliniczni Mikulicz i Woelfler habilitowali się jako docenci chirurgii we Wiedniu, a Dr. Andrzej Tàkacs jako docent patologii nerwów w Budapeszcie.

* **Nekrologija**. W Paryżu umarł Dr. Jan Chenu, znakomity lekarz wojskowy, licząc lat 71. Zmarły odbył kampanije w Algierze, w Krymie, a podczas ostatniéj wojny był inspektorem jeneralnym ambulansów; dawniéj pełnił przez lat 16 obowiązek bibliotekarza w szkole w Val-de Grâce; był także autorem licznych i cenionych prac treści wojenno lekarskiéj.—W Odesie umarł Dr. Kleberg, lekarz naczelny tamecznego szpitala miejskiego.

* **Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:**

W *Medycynie* Nr. 48: Matlakowskiego: Zapalenie stawów rzeżączkowe; Kośmińskiego: Badanie przyrządu wzrokowego ze względu na refrakcyją, akomodacyją i ostrość widzenia (c. d.); *Gazety Lekarskiéj* od kilku tygodni nie otrzymujemy. — W *Dwutygodniku med. publ.* Nr. 23: Buszka: Przyczynek do statystyki śmiertelności głównie z chorób zakaźnych i ważniejsze jéj przyczyny.

Piśmiennictwo lekarskie. LEOPOLD C. G. Das skoliotisch u. kyphoskoliotisch-rachitische Becken. M. 14. Holzschn. u. 15 Taf i. Lichtdruck. Fol. Leipzig, F. C W. Vogel.

MARTINEAU L. Traité clinique des affections de l'utérus et de ses annexes. Gr. in 8. Paris, G. Baillière. Fr. 14.

MENCKE W. Das Krankenhaus der kleinen Städte. M. 6 Taf. u. Holzschn. 8. Berlin, Enslin. M. 2.50.

MILNE Edwards H. Leçons sur la physiologie et l'anatomie comparée de l'homme et des animaux. T. 12. 8. Paris, G. Masson. Fr. 15.

MOLESCHOTT J. Die Einheit d. Wissenschaft a. d. Gesichtspunkt d. Lehre v. Leben. Rede 8. Giessen, Roth. M. 1.

NÉLATON A Élements de pathologie chirurg. 2. éd. T. 4. 2. part. par J. Péan. gr. 8. av. fig. Paris, Germ. Baillière. Fr. 7.

ORTILLE E. De la Dyspnée nerveuse des néphrites. gr. 8. Paris, Doin. Fr. 4.

PANAS F. et A. REMY. Anatomie pathol. de l'oeil. av. 26 pl. 8. Paris, Delahaye. Fr. 12.

PERLS M. Lehrbuch d. allg. Pathologie. gr. 8. Stuttgart, Enke. M. 10.

PETER M. Leçons de clinique médicale. T. 2. av. fig. 8. Paris, Asselin. Fr. 15

PETIT H. Traité de la gastrostomie. 8. Paris, Delahaye. Fr. 6.

POULET A. Traité des corps étrangers en chirurgie. Av. 100 fig. 8. Paris, Doin. Fr. 14.

ROTHE C. G. Compendium d. Frauen-Krankheiten. M. 50 Holzschn 8. Leipzig, Abel. M. 5.

ROUIS J. L. Recherches s. l. transmission du son d. l'oreille humaine., av. fig. 4. Paris, Gauthier-Villars. Fr. 8.

RÜDINGER. Prof Dr. Beiträge z. Morphologie d. Gaumensegels u. d. Verdauungsapparates. M. 5 Taf. in Farbendr gr. Fol. in Farbendr. gr. Fol. in Mappe u. 2 Holzschn. Lex. 8. Stuttgart, Cotta. M. 16.

SAULLE L. d. Étude médico-légale s. l. testaments cont. pour cause de folie. 8. Paris, Delahaye. Fr. 9.

SOUBEIRAN J. L. Hygiène élémentaire. 3. éd. 18. Paris, Hachette. Fr. 1½

STRICKER S. Studien üb. d. Bewusstein. gr. 8. Wien, Braumüller. M. 2.40.

— Vorles. üb. allg. u. experim. Pathologie. 3. Abth. 1 Hälfte. M. 1 Holzschn. gr. 8. Ebd. M. 2.40.

THOMPSON H. Clinical Lectures on Diseases of the Urinary Organs. 5th ed. 8. London, Churchill. sh. 10½.

— R. E. The Causes and Results of Pulmonary Haemorrhage. With Illustr. 8. London. Smith and Elder. sh. 10½.

TILLAUX P. Traité d'anatomie topogr. 2. éd. Gr. in 8. avec fig. Paris, Asselin. Fr. 26.

VERRIER E. Manuel pratique de l'art des accouchements. 3. d. av. 90 fiig. 18. Paris, Savy. Fr. 6½.

VOIGT L. Der Erfolg. m. d. animalen Vaccine i. d. Hamburger Impfanstalt. gr. 8. Leipzig, Vogel M. 1.

VOISIN A. Traité de la paralysie générale des aliénés. gr. 8. avec planches. Paris, Baillière et fils. Fr. 20

VOLTOLINI R. Die Rhinoscopie u. Pharyngoscopie 2. Aufl. 1 Halfte. M 15 Holzschn. u. 1 Taf. gr. 8. Breslau, Morgenstern. M. 5.

WEST C. Lectures on the Diseases of Women. 4th ed, with num. Add. by J. M. Duncan. 8. London, Churchill. sh. 16.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we Środę d. 10 grudnia rb. o godz. 5 popoł. posiedzenie nadzwyczajne w Sali wykładowéj Kliniki okulistycznéj. Na posiedzeniu tém toczyć się będzie dalsza rozprawa nad zasadami połączenia się Towarzystwa krakowskiego z Tow. lekarzy galicyjskich. Jak najliczniejsze zebranie się kolegów jest pożądane, a dla możności bliższego zastanowienia się nad projektem Komisyi *ad hoc* wyznaczonéj odbitki tegoż załączają się do wszystkich egzemplarzy Przeglądu Lek. przeznaczonych dla Kolegów w Galicyi zamieszkałych.

Komisyja balneologiczna Tow. lek. krak. odbędzie we Wtorek (wyjątkowo z powodu przypadającego we Środę posiedzenia Akademii) dnia 9go bm. o godz. 5 popoł. posiedzenie, na którém 1) p. Trochanowski poda wynik rozbioru chemicznego wody zdrojowéj w Szczawniku; 2) Dr. Lutostański przedstawi sprawę budowy łazienek w Żegiestowie; 3) Odczytaną zostanie rozprawa Dra Pietrzyckiego z Kosowa o Burkucie.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Igna Stelcla.